Pinheiro

TEZE

DE

JOÃO MARQUES DE QUEIROZ PINHEIRO

TEZE

Faculdade de Medicina da Baía

TEZE

APREZENTADA Á

FACULDADE DE MEDICINA DA BAÍA

Em 31 de Outubro de 1910

PARA SER PERANTE A MESMA PUBLICAMENTE DEFENDIDA

POR

João Marques de Queiroz Pinheiro

Natural de Pernambuco

Filho lejitimo do Coronel Sotero Marques de Araujo Pinheiro
e de D. Onecina de Queiroz Pinheiro

AFIM DE OBTER O GRAU

DE

DOUTOR EM MEDICINA

DISSERTAÇÃO

— CADEIRA DE CLINICA MEDICA —

SINDROME DE HOGDSON

PROPOZIÇÕES

Tres sobre cada uma das cadeiras do curso de ciencias
medicas e cirurjicas

Tipografia e Encadernação do Liceu de Artes

Prudencio de Carvalho, diretor

Premiado com Medalha de Ouro na Exposição Nacional de 1908

BAIA—1910

Faculdade de Medicina da Baía

DIRETOR —Dr. AUGUSTO CESAR VIANNA

VICE-DIRETOR —Dr. MANOEL JOSE' DE ARAUJO

Lentes catedraticos

OS DRS.	MATERIAS QUE LECIONAM
	1.ª SEÇÃO
Carneiro de Campos	Anatomia descritiva.
Carlos Freitas	Anatomia medico-cirurjica.
	2.ª SEÇÃO
Antonio Pacifico Pereira	Histolojia.
Augusto C. Vianna	Bateriolojia
Guilherme Pereira Rebello	Anatomia e fisiolojia patolojicas.
	3.ª SEÇÃO
Manuel José de Araujo	Fisiolojia.
José Eduardo F. de Carvalho Filho	Terapeutica.
	4.ª SEÇÃO
Josino Correia Cotias	Medicina legal e toxicolojia.
Luiz Anselmo da Fonseca	Hijiene
	5.ª SEÇÃO
Antonino Baptista dos Anjos	Patolojia cirurjica.
Fortunato Augusto da Silva Junior	Operações e aparelhos.
Antonio Pacheco Mendes	Clinica cirurjica, 1.ª cadeira.
Braz Hermenegildo do Amaral	Clinica cirurjica, 2.ª cadeira.
	6.ª SEÇÃO
Aurelio R Vianna	Patologia medica.
João Americo Garcez Fróes	Clinica propedeutica.
Anisio Circundes de Carvalho	Clinica medica, 1.ª cadeira.
Francisco Braulio Pereira	Clinica medica, 2.ª cadeira.
	7.ª SEÇÃO
José Rodrigues da Costa Dorea	Historia natural medica.
A. Victorio de Araujo Falcão	Materia medica, farmacolojia e arte de formular.
José Olympio de Azevedo	Quimica medica.
	8.ª SEÇÃO
Deocleciano Ramos	Obstetricia.
Climerio Cardoso de Oliveira	Clinica obstetrica e ginecolojica.
	9.ª SEÇÃO
Frederico de Castro Rebello	Clinica pediatrica
	10. SEÇÃO
Francisco dos Santos Pereira	Clinica oftalmolojica.
	11. SEÇÃO
Alexandre E. de Castro Cerqueira	Clinica dermatologica e sifiligrafica
	12. SEÇÃO
Luiz Pinto de Carvalho	Clinica psiquiatrica e de molestias nervosas.
João E. de Castro Cerqueira	Em disponibilidade
Sebastião Cardoso	Em disponibilidade

Substitutos

OS DOUTORES	
José Affonso de Carvalho	1.ª seção
Gonçalo Moniz Sodré de Aragão	2.ª »
Julio Sergio Palma	2.ª »
Pedro Luiz Celestino	3.ª »
Oscar Freire de Carvalho	4.ª »
Caio Octavio F. de Moura	5.ª »
Clementino da Rocha Fraga	6.ª »
Pedro da Luz Carrascosa e José Julio de Calasans	7.ª »
J. Adeodato de Sousa	8.ª »
Alfredo Ferreira de Magalhães	9.ª »
Clodoaldo de Andrade	10. »
Albino A. da Silva Leitão	11. »
Mario C. da Silva Leal	12. »

SECRETARIO—DR. MENANDRO DOS REIS MEIRELLES

SUB-SECRETARIO—DR. MATHEUS VAZ DE OLIVEIRA

A Faculdade não aprova nem reprova as opiniões exaradas nas teses pelos seus autores.

Os professôres, e todos aqueles que leem esta teze, devem ficar desde logo avizados da enormidade de erros que a cada linha, e cada pajina se encontra; mas fiquem tambem egualmente avizados de que os erros graficos foram da tipografia, bem como certos de outra orijem.

Basta-nos isto, para em banca de defeza eu poder mostrar as partes corrijidas aos professôres que me honrarem com a sua arguição que espero ser sincera e não pessoal.

O Autor

PROLEGOMENOS

A, guiza de preliminares, é mistér que se esboce o fundamento historico deste trabalho.

Boerhave, Morgagni, Cowper, Vieussens, Senac, Lieutaud, Maller e etc., estudaram diversas modalidades de molestias valvulares e aorticas; mas á Hogdson indiscutivelmente cabe as primicias da descrição anatomica desta sindrome.

Morgagni observa a desigualdade da superficie da aorta que «semblait dependre à des yeux un peu plus attentifs de ce qu'elle formail en certains endroits des legeres sailliés», e depois sobre uma necropsia realizada em 1702, que a curvatura da aorta «couverte dans pres que toute cette etendue de petites écailles osseuses que ne ressemblaient à rien tant qu'a des goutteletes raprochées de cire blanche àpres qu'elles se sont refroidies sur le pavé».

Vieusseus na celebre observação de Jean Chiffort, que segundo Huchard e etc. é a primeira no assunto, descreve a ateroma aortico e a insuficiencia e lezão valvulares:

« Les parois aortiques très epaissies, fort dures, comme cartilagineuses; les valvules fort tendues et decoupée à leur extremités, comme les dents d'une scie étaint veritablement pierreuses. Les valvules transformées en maniere de platre ou de pierre, ne pouvant jamais s'approcher d'assez près pour ne laisser aucune ouverture entre elles. C'est pourquoi chaque fois que l'aort se contractait elle renvoyait dans lo ventricule gauche une partie du sang qu'elle venait de recevoir. »

Todavia não foi esta a primeira observação de insuficiencia valvular.

Ja em 1705 o anatomista inglêz Cowper referia que as valvulas aorticas « did not apply adequately to each other whence it happened sometimes that the blood in the great artery would recoil and interrupt the heart in its systole ».

Hodgkin no dizer de Hirschfelder « described a numbar of cases and also noted for the first time the diastolic murmur but did not recognized diagnosti feitures ».

Emfim o mirifico trabalho de Dominici Corrigan em 1832 clarevindenciando o quadro clinico da insuficiencia aortica.

Mas á Hodgson, não ha negar cabe a primazia da descrição do tipo anatomo-patolojico. Eis como se refere: «La maladie que je vais actuellement decrire, consiste dans un elargissement permanent et contre nature de la cavité d'une artere; en general elle s'acompagne de quelque alteration morbide de

ses membranes. Son siége le plus ordinaire est dans la portion ascendent et dans la courbure de l'aorte que dans quelques cas de trouve dilatée d'une maniere extraordinaire et qua forme alors une large poche commençant en general immediatement au dessus des valvules semi-lunaires. Les membranes de l'artere èpaissies d'une manière remarquable et encrûstêes des matière calcaire ou atheromateuse forment l'enveloppe du sac.

Cet etat de l'aorte ascendante parait etre en general produit par une atherome du tissus du vaisseau que lui fait perdre son elasticité et ne lui permet pas de reprendre dimensions naturelles après que le sang y a passé. Ayant une fois perdu son elasticité par une cause quelconque, l'impulsion du sang augmenter a la dilatation et finera par donner naissance à la maladie. »

Compreende-se que o fato primitivo para Hodgson era a dilatação aortica super-valvular.

A arteriectazia cilindrica antecederia á insuficiencia das valvulas.

A dilatação seria ora « par une maladie anterieure des tissus du vaisseau, qui lui fait perdre son elasticité », ora « cet etat de l'aorte ascendante ne pourrait-il pas etre dû a une sort de paralysie de la membrane moyenne ou fibreuse puisque je vu ce vaisseau très dilaté sans qu'il presentât aucune alteration de son tissu ? »

Para maior realce digamos que o conceito formulado por Hodgson era o seguinte: « la dilatation de

preference ateromateuse ou calcaire nous venons de le voir, est l'element anatomo-pathologique primordial, secondairement elle determine l'insufisauce valvulaire. (Virés e Anglada.)

Observações insertas em seu «Traité des maladies du cœur et des veines» estabelecem anatomo e patolojicamente a carateristica da molestia que houve por bem da verdade historica inspirada a Constantin Paul, apelidar-se com o nome de seu descobridôr.

Si bem que Saurin escreva que «autres observateurs avanit precedè l'auteur anglais», como Morgagni, Maller e etc. entretanto os trabalhos destes autores versaram excluzivamente sobre aneurismas e suas consequentes dilataçõis.

Dir-me-ão que foi um passo; porem não foi tudo, e se as relações são intimas, intimas eu não sei quais elas não sejam no dominio da cardio-patolojia ou de outro conhecimento humano por mais lonjinquo que nos pareça.

No que tanje ao ponto de vista clinico, Hodgson não contribuiu de modo pessoal, confundindo-a com a angor pectoris.

O mais curiozo e notavel pela vizão de descortino e jeneralização, é que Vieusseus cem anos antes de Hodgson já havia majistralmente descrito em suas linhas jerais e quiçá particulares o tipo clinico desta sindrome em toda a sua multiplicidade.

Vieusseus teve a intuição, faltou-lhe o fato anatomico, que a incontestabilizasse.

De como classifical-a em 'anatomia patolojica apezar do cepticismo de Barie exclamar: « l'insuffisance aortique est en plaine crise. »

Consideremos duas modalidades, afastada que seja a de orijem endocardica; na primeira as valvulas estão sans e insuficientes pela dilatação do anel aortico que sucede em regra a da arteria; na segunda a elasticidade, flacidêz e forma das valvulas estão alteradas microscopica e anatomicamente e por isso efeitua-se a insuficiencia.

Corrigan citado por Barié sobre a localização da molestia de Hodgson assim discreteia: « La dilatation de l'aorte s'etend jusqu'a l'orifice même du vaisseau et alors les valvules devienneut insnflisantes á leurs fonctions non à cause des lesions elles même, mais à cause de l'orifice de l'aorte. Cette dilatation empêchant les valvules de s'unir au centre du vaisseau le sang reflue dans le ventricule».

Depois em 1842 Aran assinala: «la dilatatun aortique que est telle que les valvules sont trop larges pour le fermer».

Barié traz á baila observações de Pel, Chauffard, Aran, Besnier, Fynlaison, Massalongo, Boureret, Jacquet, Dombrowski e Vires e Anglada as dePopow, Peacock, Guttman e etc. onde a insuficiencia por dilatação com integridade valvular foi manifesta.

Da Costa Alvarenga declara «que la dilatation niée par quelques pathologistes et sans motifs produit l'insuffisance». Maurice Raynaud «que il est facile de s'assurer que la seule cause que les empêche de

s'adaptes est l'agrandissement de l'orifice» Cockle, e Constantin Paul que ventila eruditamente: « J'ai cru devoir rapporter Hodgson l'honneur d'avoir montré cette maladie dans presque touts ses details» e conclue admitindo indubitavelmente o tipo anomico e clinico da molestia.

Jaccoud e Serrulaz são do mesmo avizo.

Anders «has repported a considerable number», bem como Fürbringer, Leyden Gerhardt, Litten, Grœdel, Stephani e Huchard que em seu «Traite des maladies du cœur et des arteres» escrêveu:

« Par suite de la dilatation de l'aorte qui peut acquerir grandes dimensions lorifice aortique se dilate et il peut en resulter une insuffisance de valvules sigmoides».

Ao contrario de Huchard e outros, Charcellaz não crê na insuficiencia sem lezão valvular.

Peter e Potain na França, Friedreich e Rosenstein na Alemanha são do mesmo parecer de Charcellaz.

Resolvemos entretanto que o sabio Potain em esperiencias comuns com Barié depois de sua afirmação verificou dilatação aortica e insuficiencia das valvulas com integridade, dest'arte retificando a sua opinião.

A cauzalidade do sindrome de Hodgson enquadra-se na da aortite.

Finlayson, Moxon, Perls, Huchard incriminam a ateroma. Franck e Bouveret si bem que raramente julgam que a lezão miocardica primitiva, a irrita-

ção diréćta do plexo cardiaco e a hipertensão arterial têm tembem ação.

A' segunda modalidade da insuficiencia, ao contrario da primeira tem o seu estigma em a lezão valvular, ocorrendo entretanto não escassamente a dilatação arterial.

Corresponde a descrição de Vieussens que em 1715 relatou casos de valvulas petreas e deformadas como cartilajens a de Senac em 1749 sobre a ossificação dos sigmoides e á de Hodgson dizendo «les valvules changent souvent en une substance deuse, fibreuse, semblabe en quelque sorte à celle des ligaments ou des tendons».

Boerhave, Morgagni, Haller, Bichat, Bertin, Bonilland e Corrigan especialmente este ultimo, muito bem estudaram a insuficiencia de Vieusseus.

Em sumula, seja a primeira, seja a segunda, ambas as modalidades de insuficiencia se engrazam.

Lobstein, Bizot, Pokitansky, Virchow, Cornil, Ranvier, Lancereaux, Potain, Hauser e Retulle não reconheceram eletividade das valvulas e da aorta por esta ou aquela lezão.

Afora estas cauzalidadas em nota comum e de passajem lembremos que aneurismas valvulares e sinfize sigmoidianas são tambem processos patojenicos que soem se dar de raro em raro.

E para a outra face, a de relações valvulares e miocardicas, ouçamos Hirchsfelder: «Koester, Khrel, Geipers aud others have shown that the occurrence of vegetations upon the valves is often perhaps usu-

alely, acompanied by foci of miocardites us the papillary muscles and in the sing of musculature» e etc.

Voltando a minha interrogação anterior. De como classificar anatomo-patolojicamente a sindrome de Hogdson? Em jeral no grupo das aortites cronicas.

Mas esta classificação colima quasi excluzivamente metodo, não corresponde a uma verdade completa, porque não abraça a insuficiencia valvular, e de mais a mais não careteriza, não individua como si a sindrome de Hogdson não grupasse aortite e insuficiencia para á sua maneira, á sua feição constituir-se independente na cardio-patolojia.

Deslindemos as partes.

A lezão da aorta, é intensa e grande, e para logo se repercute sobre o anel valvular dilatando-o.

Não ha lezões valvulares, é de lei; mesmo as microscopicas que modifiquem ao de leve a flacidêz, forma e tamanho. Boinet em 386 cazos de aortite seguidos de insuficiencia, contou dentre estes 148 com integridade valvular.

Francois numéra 36 observações de sindrome de Hogdson.

Resvalando desta analize tôsca e desalinhavada para a etiolojia que é sobremaneira importante tentemos um escôrço palido e lijeiro.

Aqui ha duas faces a considerar. A primeira capitula-se em a cauza jeral da aortite crónica, a segunda produz a dilatação aortica e consequente insuficiencia pelo alargamento do anel valvular.

A primeira dividiremos com Boinet, em infecções

e intoxicações. As infecções como o paludismo estudado por Lancereaux, a tuberculoze por Stokes, Constantin Paul e Huchard, e a sifilis em suas manifestações diretas e indiretas.

Debove em uma lição majistral, passa em revista paludismo, tuberculoze, gôta e etc., duvidando de sua ação e encarece como causa unica a sifilis. Vem a pêlo a opinião do sabio Osler, que sinão tão radical quanto a de Debove é concludente e convincente. Hirchsfelder entre outros comentarios escreve: «Collins and Sachs, have recentty obtained a positive Wassermann reaction in about half-the-cases, of aortic insuffiency in which there had no outspoken rheumatism».

Rokitansky, Merklen, Heutz e Grasset incriminam a paralizia jeral e tabes dorsalis manifestações nervozas orijinadas da sifilis.

As intoxicações dividem-se em endojenas e exojenas.

As primeiras são o tabajismo segundo Peter, Huchards, Renon, Baylac, Gouget e Hirchsfelder, o saturnismo e alcoolismo para Lancereaux, Lecorché, Boinet Duroziez e Ludet.

As segundas, são as diatezes, artritismo em suas florações, uricemia, gota e reumatismo, intoxicações alimentares, botu lismo e superrelanite cronica, e as afecções nervozas desordenando o metabolismo organico.

....

O mecanismo pelo qual se efeitua a dilatação arterial e consequente insuficiencia é obscuramente elucidado. A semilidade tem vindo á reclamo, entretanto não poucos os moços que são dela atinjidos.

Pode-se em todo cazo meditar sobre a possibilidade de uma senilidade precoce. É provavel, porem não provado.

A idade oscila de 44 a 77, sendo a media para Vires e Anglada de 52 a 55.

A senilidade tem dupla ação. Favorece a aortite cronica que será tanto mais intensa quanto mais velho o individuo; a dilatação do anel sigmoidiano correrá de parelhas com a progressão da lezão.

Subsequente a dilatação sigmoidiana, advem a insuficiencia.

Este mecanismo é encarecido por Perls, Beneke e Sahli. Perls diz «l'anneau fibreux grandit; quant au valvules, elles conservent ses dimensions habituelles; por suite il arrive un moment ou la coaptation devient impossible et l'insuffisance é realisée». Beneke afirma que de 40 a 45 o orificio progressiva e insensivelmente perde sua elasticidade.

Aprezenta estimativas da circunferencia interna da aorta de 0,680 a 0,825 correspondentes a 40 a 80 anos.

Emfim Sahli relata hipertensão arterial dilatando e tornando insuficientes as valvulas sigmoidianas.

Salientamos alem da ação diréta que vimos relanceando, a indiréta producente de hipertensão vascular.

O ventilamento de outras opiniões é dispensavel, pela falta de criterio d'ellas.

A explicação da patojenia desta molestia, quanto ao não assestamento de lezões nas valvulas, fato que se dá nas demais molestias crónicas, é insuficientissima mesmo a de François Franck considerando-as (as valvulas) como locus majori resistentiæ.

Sobre a anatomia patolojica, duas palavras somente diremos, mercê da nenhuma observação nossa e da pouca distinção que lhe cabe.

O processo patolojico, importa primitivamente sobre a aorta e o coração, e secundariamente em outros organs.

É, escuzado dizer que em necropsias, o ponto mais carateristico é a dilatação cilindrica da aorta dividida uniformemente em jeral, algumas vezes predominante á direita, e raras fuziforme.

As dimensões são diversas, podendo ocupar toda a crossa, ou apenas a sua porção ascendente. Ha um certo alongamento da arteria ao par do alargamento.

As paredes aprezentam consistencia regular correspondente aos tipos de pergaminho, cartão e flandre no conceito de Peter, e irregular com partes endurecidas ou amolecidas e placas calcareas.

Conforme o processo patolojico a aorta varia ao córte, mas em jeral é precizo esforço pois a lezão primacial é o ateroma.

Salientemos á mais, a falha absoluta de lezão sigmoidiana.

Primacial já disse, é o ateroma ou processo patolojico.

Boerghave, Morgagni e Vieussens, descreveram-no bem.

A aorta em sua face interna pavimentada pelo ateroma é inflamada e espêssa. As lezões correm toda a gama da ateromazia.

Histolojicamente as lezões são inflamatorias, puras dejenerações, e as vêzes predominam sobre os vázos nutritivos da tunica.

Por muito citemos Vires Anglada.

« La surface interne de l'aorte est donc depolie, rugueuse, converte de pailletes osseuses. Dans certains cas c'est l'atheroma qui domine, mais bien de l'aortite fibreuses dans d'autres ce sont desplaques gelatiniformes, mais ce sont la modalité plus rares.

Fait important, a noter, il n'ya pas caillots, de dépots fibreneux sur le parois, mais le obliterations arterielles sont assez frequentes. »

E em seguida dando a estimativa do anel fibrozo:

«Au niveau des valvules, ou constate l'elargissement de l'anneau d'insertion, puisque au lieu de 0,062, 0,068 dimensions habituelles on peut mesurer selon les cas, 0,07; 0,085; 0,09; 0,11 e etc.

Dans votre observation; 0,10»

As valvulas conservam sua integridade, sem lezão, ou deformação, si bem que Huchard encontrasse afundamento (effondrement).

Destacadas, nota-se em sua baze, lijeira induração, mas nos cazos tipicos somente o anel é o atinjido.

Si o evolver da molestia foi demorado modificaçõès inflamatorias encontram-se, perdendo dest'arte a sua feição anatomica.

Entretanto nas lezões independentes da aorta, Boinet observara cazos de pura lezão aortica, com incrustações calcareas nas coronarias, creando assim a angina do peito.

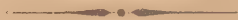
O coração grande, avolumado, de 600 grs. a 1 kilograma, de cavidades dilatadas maxime as esquerdas, com o ventriculo que faz a ponta com forma diferente.

Hipertrofiado e dilatado « dans son ensemble le cœur ressemble assez bien á une gourde ».

O pericardio pouco atinjido, as vêzes .com hipertrofia fibrilar verdadeira.

O endocardio não menos raramente com infiltração calcarea, bem como a mitral e a triscupide.

Histolojicamente observa-se a hipertrofia fibrilar verdadeira, e sobre tudo a miocardite escleroza com endo-periarterite e degeneração gorduroza.

Em jeral os outros organs são arterio-esclerozados.

ESTUDO CLINICO

A sintomatolojia da sindrome de Hogdson abranje a da insuficiencia aortica e a da pura lezão dilatadôra da aorta.

Um modo proprio, individual, não se lhe póde dar. Entretanto em sinópze, passemos em revista os sinais funcionais e em segunda os outros.

Os pródromos e o inicio variam á cada individuo. De 45 a 55 anos o evolvêr é desinteressante. Jeralmente manifestações de orijem arterial, hipertensão, raras vêzes alterações arteriais estensas especialmente da aorta e rarissimas, dilatação e insuficiencia ja são efétivadas quando surjem os primeiros sintomas.

Daí pelo emaranhado, pela complexidade o impossivel de pela sintomatolojia diagnosticar-se.

Huchard em seu mirifico Traité de cæur et des arteres, traçou com evidencia o quadro á que nos adstrinjiremos. A dispnéa ocupa o introito sintomatolojico. Repouzadamente em decubito dorsal nenhuma sensação anormal; em marcha, (carreira, gal-

gamento,) e em resistencias outras, o ritmo se acelera, e a respiração se aprofunda e dificulta-se, com dôr e ancia, constituindo segundo Potain a dispnéa de esforço.

Ao lado ocorrem a dispnéa toxi-alimentar de Huchard, maxime á noite, intensa e forte, com «l'acuté particulier», claramente paroxistica, perfazendo assim a seudo-asma cardiaca, onde a dispnéa é doloróza, e os sinais estetoscopicos pulmonares inexistentes e o acesso conjestivo agudo revela um reflexo aortico com paralizia nervóza e isquemia cardíaca e até edema pulmonar. Em sinteze, de uma simples parada momentanea, á uma dispnea intensa, grave e mortal, oscila a sintomatolojia respiratoria. A dôr tem a sua importancia, pela caracteristica jeral de seu evolvêr, e pelas suas varias feições particulares.

Localizada á rejião cardio-aortica, sensação de (barre), de pêzo, de calôr dolorôzo, sem ou com palpitação, a dòr, segundo Huchard tambem revéla carater nevraljico, irradia-se para as espaduas e braços e produz a impressão de constricção profunda.

Esta feição particular da dôr tem seu substrato, seja na excitação diréta das tunicas da aorta, seja na tensão intraventricular, cauzadôra da irritação dos filêtes nevraljicos do miocardio.

Quando a lezão esclero-ateromatôza se processa sobre as coronarias, desdobra-se a anjina do peito.

Os fenomenos dolorozos espontaneos podem ser provocados. A afecção jeral do aparelho vascular, e

a inflamação cronica da crossa da aorta têem os seus sintomas especiais.

Grasset em sua maravilhoza Clinica Medica, grupou em tres classes, as vertijens que soem quazi invariavelmente acontecer: vertijens simples, vertijens de crizes epileptiformes e vertijens de pulso lento-permanente, sendo que estas duas ultimas são por efeito da lezão do feixe de His e do bôlbo. Estes estados vertijinózos se acompanham de incomodo e perturbações gastricas.

Em seguida anunciaremos a palidêz tipica, a claudicação intermitente e doloróza das extremidades, as perturbações gastricas seudo-primitivas, a asma e outras manifestações que se não caraterizam a sindrome de Hogdson, revelam pelo menos um processo morbido jeral ou local. Todos estes sinais denunciam aortite ou endo-aortite, como coronarite, esclerozes viscerais e arterio-escleróze jeneralizada. O carater incontestavel para o diagnostico não fornecem, sinão os sinais fizicos locais cardio-aorticos.

Os sinais fizicos da sindrome de Hodgson aquilatam-se pelo exame do coração, e da aorta.

Quanto ao coração, o que nos sobresalteia, é a hipertrofia, e os sopros cardiacos, que de resto são carateristicos de uma insuficiencia, cabendo somente a sindrome de Hodgson as modificações subtis e quazi inapreciaveis. A hipertrofia do coração é um signal comum tanto a de orijem endocardiaca, quanto a de endarterica, As diferenças entre uma e outra são formadas pelo processo patojenico.

Na molestia de Corrigan a hipertrofia é determinada por um mecanismo local; o afluxo sanguineo voltando bruscamente ao ventriculo em diastole, produz a lenta hipertrofia de seus feixes musculares. Em quanto na insuficiencia, dita arterial, ha mais complexidade pelo multiplicismo patojenico na hipertrofia. A ação mecanica da hipertensão sanguinea que para Vaquez é tudo, estabelece o papel das lezões arteriaes. Não é somente o crescimento sensivel do fator muscular que se produz, porem ainda o coração é atinjido de escleroze interfibrilar (Peter, Debove e Letulle).

Desta cardio-escleroze é creada a seudo-hipertrofia acarretando d'est'arte modificações qualitativas nas bulhas cardiacas, mais pronunciadas do que na molestia de Corrigan onde a insuficiencia aortica é dezacompanhada de hipertensão. De como diferenciar a hipertensão da molestia de Vieussens da de Hodgson?

Ao vêr de Vires e Anglada, não é nas suas linhas jerais, sim no evolvêr do processo hipertrofico mais rapido na sindrome de Hodgson, que se encontra o cunho diferencial.

De acôrdo com os supra-citados autores, acha-se Jankelewitz que ainda é mais decizivo.

Seja na molestia de Vieussens, seja na de Hodgson, (duas formas de insuficiencia valvular) o fatôr da lezão fibrilar cardiaca será o mesmo; mas a ação mecánica teria valôr diferente, o afluxo sanguineo se produziria talvêz mais intensamente sobre as val-

vulas dezunidas pela dilatação do anel aortico, do que na insuficiencia valvular verdadeira em que as lezões esclerózes e ateromatozas das sigmoides, são dezigualmente situadas. Esta explicação teorica anula-se ante o fáto de que ao lado desta acção mecánica, aje a escleroze cardiaca. Entretanto si a hipertrofia do ventriculo esquêrdo não caracteriza a sintomatolojia da sindrome de Hodgson, ao menos constitue elemento preciozo de diagnostico. Desde logo a ponta do coração baixa ao 6.º ou 7.º espaço intercostal. Mas se a esta hipertrofia se ajunta a excentrica de modo a constituir o coração bovino, a ponta aprezenta movimento de desvio. Quando ela atinje o 7.º espaço intercostal não mais desce, afasta-se somente da linha mediana.

A propozito ouçamos James Mackenzie o mais celebre dos autores inglêzes da atualidade: «When the valvular disease embarrasses the heart's work by the extent of the lesion, as by great imcompetence, and the heart muscle is heathly, the latter responds to the obstruction to its work by hypertrophy, aud this may proceed to an enormous extent, giving rise to one of the largest of human heart—the cor Bovinum.» Para a prova disto, de diversos métodos propedeuticos como inspecção, palpação, percussão apalpatoria, uzamos. Seja somente a apalpação, seja percussão apalpatoria, seja a percussão auscultoria, o choque em abóbada de Bard será encontrado.

A brusca tensão detérminada pela recurrencia sanguinea no ventriculo cheio de sangue, levanta a con-

troversia sobre o choque em abobada, pela sua inconstancia e desvalôr resultantes.

Constantemente aparece sobre corações vigorózos, não esclerozados, onde a hipertrofia muscular é obra de fatôr mecanico, ao envêz da escleroze inter-fibrilar. Daí o deduzir-se que em regra não deverá acompanhar a sindrome de Hodgson. Afóra mesmo de toda a insuficiencia aortica pode existir. Ao contrario póde dezaparecer pela ocurrencia de uma lezão mitral, retração aortica, dejeneração miocardica predominante, escleroze cardiaca pronunciada, e ainda pela inexistencia de insuficiencia verdadeira, ou si esta não é funcional.

Em súmula o choque em abobada é ouro de lei para o diagnostico.

Potain assinalou ainda o ruido de galópe. Simultaneamente a este sinal cardiaco, podem existir ruidos de sopro, cuja prezença é variavel, e variavel não menos em tempo, timbre e aparição. Podem ser tranzitorios, fujidios, revelando em jeral segundo Grasset dilatação aguda do ventriculo esquerdo.

São os sopros mitrais presistolicos.

Mas quazi sempre eles são frácos e permanentes.

Não falaremos todavia das seudo-retrações mitrais funcionais, que Bard estudara, bem como da sua patojenia, e da sua produção em corações sãos.

Os sôpros permanentes são presistolicos e diastolicos.

Os presistolicos assemelham-se a evolução dos sôpros mitrais, e têm patojenia diferente.

Ás vezes correspondem a uma lezão organica das valvulas mitrais, que nada têm com a insuficiencia aortica, outras, a associação das duas lezões.

Os seus sinais podem variar muitissimo, mas pela dilatação da auricula esquêrda se chega ao diagnostico.

Entretanto num aortico que aprezente simultaneamente um sôpro dôce e aspirativo presistolico no fóco de auscultação da mitral, não se encontra post-mortem lezão confirmativa do diagnostico.

Varias teorias á porfia discutem este fáto.

Flint foi o primeiro que observou, mas Sansot e Potain os que formularam hipoteze explicativa.

Consideravam este sôpro proveniente da valvula mitral recalcada pela corrente sanguinea de orijem aortica refluindo sobre o ventriculo esquêrdo. Sucederia uma especie de retração funcional para o sangue auricular, traduzindo-se por um sôpro e frémito presistolicos. Esta interpretação foi á certeiro, bloqueiada por Cahuzac, Converse, á ponto de obrigar Potain a modificar sua teoria.

Seria no seu ultimo conceito, antes um ruflamanto do que um sôpro orijinario do ventriculo e não do orificio mitral. O seu mecanismo, facil é compreendêr-se, seria um encontro em angulo réto de duas correntes; a ventricular vindo da auricula esquêrda, e a aortica desviada de sua direção por cauza da insuficiencia muito pronunciada.

Lesperance a considera como a simples transmissão do choque presistolica pelo pulmão.

Afinal Thomayer afirma não ter encontrado o sinal

de Flint, com exceção de dois casos em que havia grande dilatação do coração esquêrdo.

Explicaria pela prezença duma verdadeira ectazia ventricular; o orificio valvular não participaria da dilatação, como a cavidade do ventriculo experimentaria uma transformação linear equivalente patojenicamente a uma retração. Daí a produção do sôpro.

O sôpro diastolico é mais raro e percebido melhormente no apendice xifoide.

Entretanto é uma simples propagação do sôpro aortico. Mas doutrinam os autores que é um sôpro de insuficiencia aortica produzindo-se em coração hipertrofiado e descido, mudando desta forma a séde de auscultação dos sigmoides.

Emfim póde haver um sôpro sistolico mitral, por insuficiencia das valvulas, seja o sôpro aortico mitral de Huchard sôpro « en écharpe », sêja a combinação da insuficiencia mitrál e aortica, seja a insuficiencia funcional pela dilatação extrema do ventriculo esquêrdo. O desvendamento da dilatação aortica é o ponto sobre todos capital na molestia de Hodgson. A dilatação no conceito de Vaquez « trouve son origine dans l'hipertension arterielle ».

A principio é um fenomeno passajeiro que gradativamente aumenta e se torna definitivo.

« Lorsque les alterations de la paroi sont assez profondes, une lesion organique se substitue à une simple trouble fonctronnel » Vaquez.

Esta asserção clinica teve a sua comprovação nas experiencias de Hurtle sobre animais, correspon-

dendo um centimetro de mercurio ao aumento de 2 (dois) na capacidade aortica.

Não menos importante á hipertensão e a fibroze generalizada de Gull e Sutom na patojenia da dilatação aortica. Esta hipertensão se manifesta pela acentuação do segundo tom aórtico.

. . . .

A aorta normal não passa o bordo direito do esterno, excede de 15 a 20 milimetros a fúrcula esternal, e sua projeção sobre o «plastron» toracico é inteiramente diferente quando ha dilatação.

Neste cazo, distingue-se acima do manubrio a elevação do vazo e a dilatação das arterias diverjentes. «Se está encoberta no esterno a parte superiôr da aorta, percebe-se posteriormente sobre o dêdo batimentos, e as vezes fremitos: Mas os dados de percussão são os excelentes para o diagnostico da dilatação arterial.»

A area de macissêz cardiaca excede sobremodo a normal, revelando se pela mão, ou pelo plessigrafo de Potain. As suas dimensões pelas estatisticas são as mais várias.

Peter dá os limites de separação do bordo direito do esterno de 3 a 4 centimetros; Huchard de 7 a 9 nos 1.º e 2.º espaços intercostais direito: A dilatação arterial sobrecarrega o pulmão direito segundo Constantin Paul, e em altura sobre toda a parte supérior do esterno a que excede de varios milimetros.

A macissêz aortica na sindrome de Hodgson conforme as regras classicas tem limites regulares é a

diferença que se encontre, já se vê que é pela grande dilatação arterial. Ha cazos, cuja delicadeza é uma dificuldade para o plessigrafo de Potain não poucas vezes insuperavel. Recorre-se neste evento á Roentgolojia, de cujos resultados só fazemos elojiar. Aplicada acertadamente ás afecções cardiacas por Varot, Chicotot e Beclere, á pesqueza dos aneurismas da aorta e sucessivamente á medida que a tecnica se aperçoara, ás dilatações arteriais, por Santhaw, Pathé e Flammencourt..

Sobre o anteparo fluorescente não se observa a aorta confundida com as sombras superpostas da coluna vertebral, segundo o Professôr Beclere.

Como prova, que se averigua para tornal-a indiscutivel, pratica-se quatro exames.

A opinião de Beclere decide-se pelo exame anterior direito.

Na simples dilatação aortica observa-se «la presence d'une saillie manifestement pulsatile que deborde dans une etendue un ou deux côtés de l'ombre mediane et dont le diametre excede plus ou moins celui de l'aorte normale» Beclere.

Bœtjer em 1905 por este meio deparou-se com aumento e diminuição sinerjica correspondentes ás pulsações.

Na sindrome de Hodgson a sombra é larga de limites regulares, por linhas paralélas, e o arco da cróssa da aorta mais elevado do que habitualmente. A nitidêz de limite na sombra é indispensavel para o diagnostico pozitivo.

Beclere julga acertadamente que «la radioscopie repond toujours avec certitude».

Holzknecht aconselha o exame obliquo anterior.

Ingelman no Congresso de Radiolojia em Berlim aprezenta um método que pelo seu rigorismo é apreciavel — o ortoradiografico.

Em cazos, raros é verdade se tem verificado a insuficiencia aortica pela maior amplitude nas pulsações (Beclere). Pela finêza e escólhos de que se reveste, esta observação é dificilima.

Por isso o escolhido pela facilidade maior de sua tecnica e de sua observação é o Roentgdiagnostico, sì bem que as vezes seja falho, mas com perspicacia e agudêza, alcançará quazi sempre o clinico o almejado.

Hamburger com o seu saber e a sua penétração, somente pela faíxa escura da clavicula na báze do coração fundamentou um diagnostico de dilatação da parte ascendente da crossa da aorta, acompanhada de insuficiencia.

O tecnico pode seguir passo a passo o evolver da dilatação Hodgsoniana como tambem o seu cortejo clinico, e assim de modo indiscutivel diagnosticar.

No fóco aórtico dois sopros, sistólico e diastólico são percebidos.

Este ultimo é excluzivamente do dominio da insuficiencia e daí a sua obrigatoriedade; o primeiro é mais variavel, menos intimo e inherente a sindrome.

Estudemos o diastolico que junto aos demais sinais de dilatação anterior, permite o diagnostico.

Deslindemol-o pela sua séde, tempo, timbre e condições necessarias á produção.

No inicio do fáto clinico o sôpro releva-se no segundo espaço intercostal sobre o bórdo direito do externo. Nesta faze é confundivel com o sôpro endocardico de Corrigan.

Depois entretanto se vae diferenciando pelo aumento da área de projécção.

Cresce primeiramente em largura á 4 centimetros do bordo direito do esterno no segundo espaço intercostal; pelo aumento da dilatação sobe até o primeiro; ao contrario, de quando ha hipertrofia ventricular esquêrda, que desce até o terceiro espaço intercostal esquerdo.

Sibson enquadrou do 3.º ao 6.º o maximo de intensidade, extensão e fôrça do sopro.

Propaga-se as vezes á carótida correspondente e na direção do apendice xifoide.

Mas o que sobreleva em distinção é a tendencia á alargar-se, que é mais nitida na insuficiencia escleroza e ateromatoza.

Começa na diastole ventricular, prolonga-se ao grande silencio e a presistole.

Para chegar a outro ponto citemos em concluzão Mackenzie.

«The sign most characteristic of aortic stenosis is a murmur systolic in time, hard loudest over the second right costal cartilage, and propagated into the carotids. It may be faint — a mere whiff, or it may be prolonged, and acompanied by a thrill per-

ceptible over the upper part of the chest-wall. The heart's rate is often slow between fifty and sixty beats per minute. The radial pulse is sometimes very characteristic. It impinges against the finger in a slow, leisureby fashi on, and a sphymographic tracing may show a slanting up-stroke with a slight interruption near the summit, or even a double wave at the top. Gaaham Steel, and Lewis state that they have been able to detect this double beat by the finger and Graham Steell say he has perceived it on one side only. Its real nature is yet obscure».

O fechamento das valvulas sigmoides é modificado de acôrdo com a intensidade da lezão.

Ora a ocluzão sigmoidiana predomina sobre o sôpro, ora se atenúa e até dezaparece.

A ocluzão sigmoidiana oscila muitissimo; de um lijeiro exajèro do tom normal a vibração metalica, ou a rezonancia do batuque de um tambôr. Os autores lhe deram muitos nomes; reforço do 2.º tom, ruido de sapo, ruido de Tabourka, pancada de martelo e etc.

Francisco de Castro a maior compleição de saber e jenio o tipo de heléno supremo, si bem não falasse especialmente, em capitulo separado, pelo menos em globo feriu o assunto. Vale a pena transcrever-se uns certos trechos:

«O reforçamento do segundo tom aortico, já conhecido desde Traube na hipertensão do sistema arterial coincidente, ou sem ela semelha as vezes

uma martelada; noutras ciscunstancias, o mesmo fenomeno adquire incontestavel retumbancia, reveste-se de timbre arjentino, torna-se vibrante, estridente, timpanico, clangorozo; é o ruido de percussão de Jaccoud observavel nas dilatações ou cilindroides ou aneurismaticas da aorta; ruido de sapo (Torres Homem, Gueneau de Mussy).

A arterio-escleroze jeneralizada, processo morbido cujos efeitos, quanto a tensão sanguinea e concurrente hipertrotrofia do ventriculo esquerdo se ligam á obstrução progressiva das arteriolas e dos capilares, determina por isso mesmo, a intensidade normal da segunda bulha; mas para um tal rezultado, é mistèr que as valvulas sigmoides se mantenham intactas; o que tambem se requer no ateroma e no aneurisma aortico, assim como na hipertrofia do coração (Rosenstein).

O toque metalico da bulha importa uma observação de timbre independente; na produção dele parece cabêr a principal função ao espessamento ateromatôzo da aorta e das valvulas sigmoides; o aumento da tensão arterial é até certo ponto, no entender de alguns, como Bucquoy e Morfau, desfavoravel.

Note-se mais: Este sinal fizico não especifica por si mesmo a existencia de uma ectazia aortica; para ter semelhante alcance é necessario que seja extensa a area de sua difuzão. De modo que ouvido no fóco dos ruidos aorticos ele não atesta mais do que a perda da elasticidade arterial e a transformação das valvulas em membranas rijidas; ouvido, porem

«na rejião axilar ou na extremidade extrema da clavicula direita tão distintamente como no segundo espaço intercostal pode assegurar-se a dilatação do vazo.»

Tambem a seguida bulha não se difunde para cima senão quando mais ou menos timpanica.

E' na zona dos sons aorticos, rejião latero-esternal direita, na altura do segundo e terceiro intercostos, que a bulha de clangôr diastolico tem o seu maximo; a rezonancia timpanica é, pois uma qualidade privativa do tom aortico.

Pode todavia, perceber-se esssa especial rezonancia com maxima amplitude no fôco dos sons pulmonares; mas, em verdade, isso se dá numa das duas hipotezes; ou quando, em razão da hipertrofia limitada ao ventriculo esquerdo, os orificios cardiacos se deslocam das suas relações normais com a párêde anteriôr do peito, e então o ponto, de auscultação aortico se transfere para a esquerda da respectiva séde, afastando o pulmonar para mais lonje na mesma direção; ou quando, havendo aneurisma da crossa da aorta, este vazo passa a ocupar o sitio habitual do seu conjenere.

Demaziado foi o transcrito; porem não sabemos como rezistir á fluencia explendida e sabêr aprimorado do sabio.

Os diversos nomes supra-citados, têem as suas varias aplicações de par com as lezões arteriais, hipertrofia cardiaca e hipertensão sanguinea.

As particularidades de ocluzão sigmoidiana per-

mittem a distinção da insuficiencia de Vieussens e da de Corrigan, e à da aortite cronica com a dilatação ateromatoza produtora da síndrome de Hodgson.

Peter deferencia a lezão pronunciada sem dilatação, pelo ruido métalico e duro, das lezões menos extensas pelo ruido simplesmente sêco.

Marfan e Bucquoy quando encontram o ruido simplesmente localizado, prezumem induração, escleroze e ateromazia das valvulas sigmoides.

Gueneau de Mussy julga que havendo dilatação da aorta ascendente a ocluzão sigmoidiana aprezenta intensidade extraordinaria «une amplitude, une redondance, une vibrance metallique caracteristique».

Mas Constantin Paul vem-lhe ao encontro e diz: «Je n'as pas rencontré ce timbre avec 'intensité decrite et que n'arrive que excepcionellement à cet eclat tympanique».

O mais carateristico na dilatação, é a propagação do ruido a parte direita da aorta e o seu timbre muito parecido com o ruido de Tabourka.

Estas são as modificações da ocluzão sigmoidiana normal na aortite simples, e na dilatação arterial.

Mas em havendo insuficiencia aortica, o ruido é tão variavel quanto a especie da insuficiencia.

Quando ha lezão valvular, é localizado; si é antiga a lezão, torna-se de tonalidade e timbre brilhantes. Nota-se no entanto que tardiamente dezaparece, predominando o sôpro.

Ao contrario sucede na sindrome de Hodgson, que

á principio o ruido se propaga á axila, porem cuja duração é efemera.

A' medida que a insuficiencia se preciza e o alargamento do anel aortico cresce, o ruido declina, diminue e se anula.

As valvulas sendo flacidas e sans, o mecanismo da insuficiencia produz-se de uma forma progressiva e a dezaparição do estalido é muito regular.

Desde que o estalido sigmoidiano de atenuação em atenuação, se anula, seja substituido por um sôpro, já se tem elemento preciozo para o diagnostico de insuficiencia hodgsoniana.

Na insuficiencia de Vieussens, o estalido á principio é vigorozo, e muito depois é que dezaparece.

Na insuficiencia hodgsoniana é mais lijeiro e mais rapido o seu dezaparecimento.

Analizarémos o timbre, e tonalidade do sôpro que se substitue a ocluzão sigmoidiano.

E' carateristica nos cazos classicos, mas é precizo fineza e calma de observação para distinguil-a dos numerozos sôpros diastolicos que aí se encontram.

Afóra a insuficiencia hodgsoniana, pela auscultação da aorta, podemos reconhecer sôpros diastolicos, denotantes de fatores outros cujos caracteres clinicos têem uma fizionomia particular.

São orijinarios da aorta e d'outro local.

Deixemos de lado o sôpro diastolico da arteria pulmonar, cujo fóco e propagação da insuficiencia são bastantes para nenhum erro de diagnostico.

Note-se porem que a sua patojenia se modéla pela fiziopatolojia hodgsoniana.

Pawinski e Gouget encontraram sinais de insuficiencia com dilatação aortica e sem nenhuma lezão valvular. Barié ao contrario é adversario ferrenho e contesta a existencia de tal tipo.

Os sôpros diastolicos e mezodiastolicos que se produzem fora da aorta, — sôpros acidentais dos alemãis, mereceram longo estudo de Barié. O que eles revelam, chamou-se de falsa insuficiencia aortica.

Barié cita os casos de Weiss, Sahli, Potain, Chauffard os trabalhos de Friedreich, Sheude Letten e etc.

Depois em apanhado, sistematiza em 4 os tipos de opiniões; natureza acidental, anemica, venoza e cardio-pulmonar, e compartilhando desta ultima opinião, não denega valôr ás demais. Jousselin julga de grande elemento a prezença destes sopros para o diagnostico precoce da aortite.

Os sôpros aorticos, por sua vêz tambem se dividem em 4 tipos aortite simples, dilatação ateromatoza da aorta, valvulite sigmoidiana e dilatação com insuficiencia das valvulas.

O sôpro, na lezão ateromatoza da aorta é antes prediastolico do que siastolico verdadeiro (Flint).

Diversos mecanismos porfiam a sua explicação; atrito sanguineo sobre as parêdes arteriais antes da ocluzão sigmoidiana conforme Constantin Paul, e passajem do sangue sobre uma placa calcarea aderente á parêde do vazo segundo Fournier.

Marey insurjiu-se contra estas interpretações, e Saurin depois expremia-se desta forma: «Lorsque la paroi est alterée d'après Marey, le sang adhere fortement pour sa couche externe a la paroi du recipient, cette couche, étant ausssi mobilisée, la progression nes'exerce plus qne par les tranches du liquide que se trouve vers le centre de sa masse, et le mouvement est d'autant plus rapide que l'on se rapproche de l'axe du vaisseau.

D'on la pathogenie des souffles ne peut être expliquée par le frottement de la colonne sanguine contre les rugosités des parois puis? qu'il n'excite pas de frottements».

Parece-nos que o sôpro diastolico se realiza, porem dificilmente na aortite simples sem insuficiencia.

Havendo dilatação arterial, cujo fatôr patojenico é o mesmo da aortite simples o sôpro diastolico não tem nenhum valôr.

Em 1853 Bellingham já afirmava ter encontrado regurjitação sanguinea numa dilatação aortica distensa e rijida.

Barjon depois observara doentes de sintomatolojia perfeita de insuficiencia aortica, cujas necropsias foram contraditorias.

Insuficiencias manifestadas pelo sôpro diastolico, em necropsias as valvulas rezistiram á prova d'agua.

Para o fato da existencia do sôpro, Barjon admite a hipoteze de um refluxo localizado da cavidade dilada, refluxo francamente diastolico provocando em

sentido contrario uma veia fluida, cuja vibração daria nascimento ao sôpro.

A influencia da sistole arterial periferica, o pêzo, a aspiração produzida pelo vacuo da aorta, grandemente dilatada contribuem á produção do ruido de sôpro. Enfim quando a lezão é sobre o bórdo livre das valvulas, modificando sua forma e consistencia a regurjitação se faz por um mecanismo facil.

Os varios mecanismos de sôpros uma vez elucidados, facil é dentre muitos distinguir-se qualquer deles.

Os sôpros cardio-pulmonares são mezo-diastolicos, pouco prolongados, dôces e sem progagação, terminando um pouco antes da bulha.

Quando o sôpro se produz sem insuficiencia verdadeira sobre uma arteria, juncada de placas calcareas, ou dilatadas pelo ateroma, os caracteres essenciais são os mais delicados á pesquiza.

No primeiro cazo, que é bem raro, pois sua patojenia não é completamente clara o sôpro deveria se produzir antes da ocluzão sigmoidiana, cujas valvulas estavam intégras. Francamente o sôpro não é diastolico, antes é prediastolico, sendo o ruido da diastole, bem nitido e enerjico. A hipoteze de Barjon, sôpro por dilatação inflamatoria da aorta, é precizo subtilêza, porque na diferenciação clinica, os caratéres do sôpro diastolico em tempo, tonalidade se emparelham muito ao da insuficiencia aortica verdadeira.

A afecção orijinal, a aortite pronunciada e a baze

que nos oferece os sinais perifericos, são identicos nos dois cazos.

Si os carateres do sôpro diastolico e as alterações valvulares, se assemelham, todavia um exame atento pode estabelecèr a diferença d'uma seudo-insuficiencia, d'uma insuficiencia verdadeira, segundo Barjon.

A hipertrofia ventricular, como denota a percussão, provem de uma adição de fatores; não é entretanto sobre isto que apoiaremos as nossas pesquizas, e sim sebre o choque em aboboda.

A sua produção se efeitua em condições precizas. Implica a ação do fluxo sanguineo aortico, voltando por iusuficiencia sigmoidiana ao ventriculo esquèrdo cheio de sangue, que dest'arte aumenta a sua repleção, rapida e bruscamente. Si o sôpro distolico se produz n'uma aorta arteriectaziada, sem que o mecanismo da dilatação influa sobre o aparêlho valvular, não ha choque em aboboda, e reciprocamenie Barjon observou que em diagnosticos de insuficiencia sem choque em aboboda, a necropsia foi negativa. Portanto um sôpro diastolico na aorta dilatada e ateromatiza pode finjir uma insuficiencia aortica.

Mas, havendo ou não o choque em aboboda, com sôpro aortico e sinais de dilatação o diagnostico será pozitivo na primeira hipoteze, negativo na segunda.

Quando ha escleroze cardiaca, perde o valôr este sinal. Determinemos os elementos carateristicos do sôpro diastolico da insuficiencia valvular com lezão escleroza ou calcarea, dos outros orijinados da dilatação aortica com integridade valvular, para o diag-

nostico, destas duas especies, a insuficiencia aortica verdadeira de Vieusseus da relativa de Hodgson.

Pelo comunismo da etiolojia, arterio-escleroze e ateromazia para ambas as insuficiencias, e emfim pelo quadro jeral elas teem pontos muito semelhantes. Os sinais de natureza arterial, são os mesmos.

A ocluzão sigmoidiana, e a hipertrofia ventricular são as variantes, que somente pela delicadêza se chega a diferencial-as.

Note-se ao demais que esta distinção é mais teorica. São os carateres do sôpro e a evolução dos fatos clinicos, que permitem o diagnostico.

Havendo igualdade no tempo do sópro em os dois cazos, destingue-se-lhes pelo timbre e tonalidade.

Quando ha lezão diréta do aparelho valvular ou transformação direta ou calcarea o sopro é rude e «*rapeux*»; não predomina entretanto sobre o estalido sigmoidiano tornado mais intenso pela induração valvular.

Ao contrario da molestia de Hogdon cujo sôpro é doce, lijeiro, e portanto o estalido se atenua ou mesmo dezaparece.

Estas diferenças de timbre se explicam pelo estado valvular de uma e outra.

Em a molestia de Viessens o mecanismo da insuficiencia é mais rapidamente efeituado, bastando a lezão de uma valvula para o sôpro se produzir.

Na de Hogdson as tres sigmoides tomam parte na produção do sôpro.

François — Franck ha muito demonstrou que

«l'acuité d'une bruit de souffle, augment à mesure que la lezion valvulaire diminue d'importance.»

Sem julgar com Lembe que uma larga insuficiencia não produz sôpro entretanto concordaremos com Tripier e Devic que «le reflux sanguine à travers em orifice plus etroit produira evidement un soufle plus, intense et de tonalité trouve um orifice beant á travers lequel il s'opére sans effort.»

Este dado fiziolojico tem sua confirmação clinica em os sôpros intensos diastolicos, estudados por Huchard que os considera extra-cardiacos, mas Pearce, Dalton e Chatin fundamentados em provas anatomicas acórdam sobre a sua orijem indiscutivelmente aortica.

Clinicamente são eles o oposto dos da molestia, de Hogdson. De intensidade grande, timbre brilhante ouvindo-se á distancia como no caso de Lannois.

A' apalpação percebe-se um frémito diastolico acéntuado.

São rudes ou musicais propagando-se á todas as direções, até a bacia.

São tão inconstantes que algures se duvidou de sua orijem.

Mas quer anatomica quer clinicamente eles se diferenciam dos da molestia de Hodgson.

Anatomicamente por as lesões serem sobre as valvulas sigmoides e fiziolojicamente tão pronunciados que se aprouve em consideral-os variação da molestia de Vieussens.

Tripier observou ulcerações vasculares muito grandes, Bouchet ruturas traumaticas, Lubinski transformação calcaria total das valvulas.

A patojenea deste sôpro duas opiniões porfiam explical-a:

Seja pelo reflexo sanguineo violento, aspirado fortemente pelo ventriculo esquerdo, seja pela intensidade das lezões valvulares que por isso desviam a corrente sanguinea.

Não é pois explicavel nem a agudêza deste sôpro nem a doçura do de Hodgson. Este sôpro assesta-se gradualmente, e quando a dilatação interessa as tres valvulas, a sua aparição é rapidamente manifesta.

A principio existe apenas a dilatação aortica, sem insuficiencia e sem choque em abobada; entretanto o segundo ruido é estalado (claquê) em seu sôpro.

Mas depois da dilatação do anel aortico e inadaptabilidade valvular aparece um sôpro lijeiro, dôce, variavel apagando-se quando a hipertensão é pequena reaparecendo quando ela cresce. Este carater fujitivo e discreto, é de bom avizo na molestia de Hogdson ao contrario daquele da lezão valvular onde o sôpro é forte e rude.

Será dest'arte uma insuficiencia relativa tornada uma insuficiencia verdadeira.

Entretanto não contestando, advertiremos que a sindrome de Hodgson tem evolvêr e inténsidade variaveis.

O sôpro é dôce, e Constantin Paul acrescenta a

tendencia de espraiar-se em largura e demais a mais se acompanha d'um outro sistolico.

Este sôpro notado ha muito produz-se quando ha lezão valvular porem tambem aparece na sindrome de Hodgson. Stokes, Alvarenga, Calabreze e Torres-Homem consideram-no frequente. A sua prezença fez com que Gendrin e Waltson lhe chamassem ruido de vaivem.

Encontra-se na insuficiencia de Corrigan mas Calabreze de acôrdo com Cardarelli dizem que justamente quando ele falta é na insuficiencia endocardica.

Sua séde é pouco superior ao fóco de intensidade maxima do sôpro diastolico e ocupa grande parte da sistole.

De tonalidade dôce na baze do apendice xifoide e na clavicula e arterias do pescoço.

Potain considerava-o como um sôpro anorganico, mas hoje dizem-no nascido seja na aorta seja no ventriculo.

Na aorta porem é produzido pela passajem da onda sanguinea sobre as rugozidades valvulares aorticas ou valvulares. Huchard, Alvarenga Bamberger, Friederich, Barie, Castellino e Torres-Homem classificam-no como « vibration sonores produites au moment de la systole par l'ondée sanguine.»

Mas esta teoria não está de acôrdo com as pesquizas de Chauveau e Marey que demonstraram as asperêzas serem incapazes de produzir ruido de sôpro.

Merklen julga este sôpro verdadeiramente sintomatico de uma retração.

Gerhardt explica-o pela aorta retraída relativamente ao ventriculo, e daí uma veia fluida que se manifesta por um sôpro.

Rosenbach diz que se forma no ventriculo esquerdo pelo encontro dos sangues aortico e ventricular um turbilhão. Nesta opinião a orijem do sôpro seria em pleno coração.

Esta teoria lembra um pouco a de Potain na retração mitral funcional.

Dentre as opiniões pela sua adaptação a mais lojica é a da retração relativa.

O orificio aortico é intermediario do ventriculo e da aorta, relativos ambos do anel aortico que se dilatando produz a inadaptação das valvulas e dest'arte uma estenoze funcional.

Daí o sôpro que Constantin Paul observou nos velhos possuidores de dilatação ateromatoza e rugozidades na aorta e consequente de insuficiencia.

Assim pensam Rosenstein e Bramwel.

Dois elementos entram na formação do sôpro; a dilatação pronunciada da aorta em relação ao tamanho das valvulas insuficientes e diferença de tensão entre ventriculo e aorta; hipertensão de um lado, hipotensão do outro.

Destes fatôres de tensões desiguais, dois cazos se podem dar: si o ventriculo enfraquece o sôpro se atenua, se retoma vigôr aparece o sopro.

Tal é pois o sôpro sistolico combinado ao diastolico

ocazionado por dilatação arterial e decorrente insuficiencia.

Segundo o Dr. Miguel Couto, é um sopro duplo por lezão unica.

Este mecanismo elucida como em clinica a veia fluida se traduz por um ruido sistolico.

O Dr. Miguel Couto atribue este ruido a «passajem de uma onda retrograda da aorta ao ventriculo esquerdo atravéz da abertura do orificio aortico durante a faze oclusiva, da sistole.»

Dest'arte o sopro seria antes présistolico do que sistolico.

Duas objecções, uma fiziolojica e outra clinica nós aprezentamos ao douto mestre.

Calabreze, dizem Marey e F. Franck, admitia e é aceito, um certo retardamento entre o principio da sistole ventricular e o seu defluvio.

E' o periodo latente de Luciani que não existe para o coração doente neste cazo, pois durante a diastole o sangue aortico está em hipertensão, não havendo razão para que penetre no ventriculo no momento da sistole.

Si a hipoteze do Dr. Miguel Couto fosse provada, o ruido diastolico prolongar-se-ia durante a diastole e haveria um sopro unico, emquanto que é o ruido de vaivem que se torna carateristico graças ao meio que os separa.

E' pois provavel que a estenoze funcional valvular relativamente a dilatação arterial explique o sopro sistolico na insuficiencia de Hogdson. Quando ha lezão

valvular este sopro tambem existe, mas aparece posteriormente a dilatação da aorta e sua insuficiencia tardia ficando dôce e de tonalidade pouco alta.

Consideremol-o como um sinal importante na sindrome de Hogdson revelando a dilatação, fatôr patojenico da insuficiencia aortica.

A sindrome de Hogdson não tem particularidades nos seus sinais perifericos, como os da molestia de Vieussens, pela combinação da insuficiencia com escleroze vascular.

Estes sinais serão tanto mais intensos quanto mais notados estes carateres.

A arterio-escleroze não sendo muito pronunciada da-se a dansa e batimentos arteriais o sinal de Musset, os batimentos buco-farinjianos de Schlesinger com o pulso amigdaliano de Huchard, o pulso da campainha, o pulso palatino e as vezes o pulso capilar de Quincke.

O duplo sopro de Duroziez e o Doppel ton de Traube são mais raros e não são patognomonicos.

O thril arterial é frequente.

O pulso se modela pelo de Vieussens; são iguais, e se desigualdade ha é pela alteração de um dos vazos da crossa da aorta.

De carateres mais firmes do que na molestia de Corigan; mais enerjico e menos saltitante. Em o traçado esfigmografico o ventriculo é reprezentado nitidamente chato.

Em suma não ha diferença de menta entre a insu-

ficiencia de Vieussens e a de Hogdson no tocante ao pulso.

Apreciando-se o evolvêr da molestia de Hodgson, nota-se a successão dos seus estigmas fizicos e como diz Constantin Paul ao começo da insuficiencia.

A' necropsia então, depara-se-nos uma aorta dilatada e incrustada de placas calcareas com insuficiencia valvular verificada pela prova d'agua.

Mas se a lezão é antiga ajuntam-se-lhe processos morbidos outros, que lhe fazem confundir com a insuficiencia de Vieussens.

Numa lezão de anos pode haver dilatação aortica e de seu anel, advindo insuficiencia e lezão valvulares, com ruidos de sôpro, choque em abobada e area de projeção da aorta crecida e alargada.

Na insuficiencia de Vieussens pela divizão das lezões esclero-ateromatozas sobre a parêde do vazo e sobre a face arterial das valvulas, pelas alternativas de hipertensão sistolica e diastolica, produzindo «une sorte de choc traumatique» produit par la systole ventriculaire sur les parois vasculaires puis affaiblissement, de l'elasticite arteriale, dilatations et allongement du systeme arteriel» (Huchard), pela insuficiencia secundaria, e pela existencia do sopro diastolico a sua carateristica, a sua individualidade è patenteada evidentemente.

Si fôr uma insuficiencia hodgsoniana limitar-se-á á tunica da aorta, exajerando a dilatação, alargando a area fibroza e realizando a insuficiencia.

Neste caso os sinais de dilatação preexistem aos

de insuficiencia e muito secundariamente aparecem os sopros arteriais e a atenuação do segundo ruido.

Não é pela especialidade dos carateres e sim pela sua evolução que se firma o diagnostico.

Entretanto quando ela é antiga perde a sua individualidade.

Seu tipo evolutivo molda-se sobre o da insuficiencia de Vieussens.

As complicações da sindrome da Hogdson são a anjina do peito, a trombrose, a embolia, o edema agudo nas suas tres manifestações principais, as pleurezias repetidas segundo Robert e todas as condições que aumentem a sua gravidade e conduzam progressiva e subitamente ao exito fatal.

Quando ha grande dilatação pode suceder a compressão doutros orgãos.

Constantin Paul diz: «Le premier organe que l'aorte vient a refouler est la veine cave superieure, cas ce vaisseau est en rapport immediat avec le grand sinus de l'aorte par des points les premiers attents par la maladie de Hogdson».

Mas esta consideração não tem importancia.

As manifestações sintomaticas quazi sempre se dão nos cazos de aneurisma pela compressão da veia imobilizada. Na arteriectazia cilindrica a veia cava se desloca facilmente e foge dest'arte á compressão.

Observa-se a compressão traqueal, revelada por um sopro traqueo-bronquico ouvidos ás primeiras vertebras dorsais.

E' advento raro, e havendo, não raro exije a tra-

queotomia. Alem desta, outras compressões que não mais são do dominio dos aneurismas.

Segundo a intensidade das lezões das tunicas arteriais, outras compressões sobrevem cauzadas especialmente pelo fáto anatomico da dilatação e insuficiencia. São: obliterações vasculares, embolias, ruturas vasculares e etc., perturbações pupilares de orijem simpatica, midriase por compressão, e miozis por inflamação.

Como na aortite simples e na insuficiencia de Vieussens, a sindrome de Hogdson pelo grupamento classico sintomatico e predominancia de tais ou quais sintomas, reveste formas clinicas diferentes.

O liame comum destas formas são os sinais rejionais cardio-aorticos proprios da molestia.

O prognostico depende da idade, compensação do coração direito e complicações concomitantes.

E' grave pela sua duplicidade de lezão mais por um tratamento apropriado se tem alcançado curas.

O diagnostico já sabemos que se bazeará nos sinais cardio-aorticos.

A noção dos antecedentes, os fenomenos funcionais, as perturbações arteriais são bons meios para a diferença desta molestia com a aortite, molestia de Corrigan e etc.

Entretanto é a interpretação racionada dos ruidos do coração e aorta, o modo de evolver que permitem a afirmação de sindrome de Hodgson.

Indubitavelmente nas insuficiencias aorticas sem sôpro, seja por grandeza da inadaptação, seja como

pensa Vestinger, por outros carateres que nos restam obscuros, é todavia sobre a arteriectasia aortica e o ruido diastolico que se bazeia o diagnostico.

Dilatação da aorta e insuficiencia aortica são os dois pontos de um diagnostico precizo.

O aneurisma da parte ascendente da crossa pode se confundir.

Mas o conjunto de sinais proprios do aneurisma do lado do coração, a falta ou ao menos pouca intensidade da hipertrofia cardiaca da parte do vaso, o duplo centro de batimentos, o duplo sôpro, a proeminencia ou abobada ; sobre orgãos vizinhos os multiplos fenomenos de compressão, tão frequentes emquanto são muito mais raros e menos notaveis, na dilatação permitem o diagnostico.

Entretanto apezar deste esboço comparativo, verdade seja que é dever hesitar.

As vezes a insuficiencia aortica se acompanha d'um duplo sôpro e sinais ligeiros de compressão : em seguida devido a um processo de aortite obliterante os dois pulsos radiais não batem sinerjicamente (Ziemssen), mas o sôpro se localiza na aorta, a compressão é ligeira, e a macissêz cardiaca consideravel, então a radioscopia nos fornece dados preciosos, bazeada sobre o volume da sombra e saliencia dela, animada de movimentos de expansão: os limites não são regulares, segundo o Dr. Béclère e si o doente pratica esforço estes sinais tornam-se mais palpitantes.

A interpretação do sôpro diastolico pode ser fonte

de erro; basta reportarmo-nos aos carateres distintivos dos sôpros extra-cardiacos, cardio-pulmonares e acidentais.

Não falaremos das cauzas de erro pela predominancia dos sintomas funcionaes. Dissemos que se fazia necessario limitar as dificuldades do diagnostico sobre tres modos anatomicos diferentes, que se manifestam pela dilatação da aorta e existencia d'um sôpro diastolico.

São a molestia de Vieussens com dilatação, a sindrome de Hodgson, e a dilatação aortica sem insuficiencia, descrita por Barjon.

Quando a molestia de Vieussens tem o seu evolver habitual é facil de distinguir.

A dilatação descrita com insuficiencia vascular relativa corresponde a uma seudo-insuficiencia clinica e dest'arte simula a molestia de Hodgson.

Dois são os carateres que permitem distinguil-a: a qualidade do sopro mais enerjico na de Hodgson o que é inconteste, e sobretudo a falta de choque em abobada.

Mas o diagnostico é mais delicado e sùbtil quando está em litijio entre a insuficiencia aortica com lezão e a de lezão valvular.

Isto já foi elucidado e não voltaremos atraz.

Apezar de tudo concluamos permitindo a duvida.

O tratamento viza a aortite, a arterio-escleroze e suas cauzas.

Em particular vizamos a alteração das tunicas valvulares e o processo patolojico do coração.

Certas medicações podem ser dadas para as perturbações funcionais e para as complicações.

Pode-se ajir ao nivel da aorta pela vezicação; rapida por meio do amoniaco, lenta por meio das pontas de fogo e tintura de iodo; a dôr, a contração, o edema pulmonar agudo, a anjina do peito serão combatidos pela sua terapeutica especial.

Conforme o periodo da molestia os meios variarão.

Em o estado de pre-escleroze os sinais da molestia de Hodgson não existem. Entretanto n'alguns cazos, a tensão sendo bastante para acarretar uma dilatação simples da aorta a molestia pode ser anulada.

Neste interim emprega-se o rejime lactio vejetariano, a diureze pelas aguas minerais ou por medicamentos como a teobromina, as purgações repetidas, os hipotensores como iodêto de potassio e sobretudo a trinitina e o tetranitol. Ajunta-se a maçagem e correntes de alta frequencia de Arsonval.

Quando a molestia de Hogdson está bem constituida o tratamento vizará a lezão arterial e as perturbações cardiacas frequentes.

Aje-se sobre vazos por meio do iodêto de potassio; mas se este medicamento tem uma ação ante-esclerozante e hipotensôra, quando a insuficiencia está definitivamente estabelecida, é perigozo conjurar a hipotenção vascular.

Era preferivel talvez (Vires e Anglada) o sôro de Trunecek que se depressôra, alcaliniza o sangue e

decalcifica as arterias e favorece a excitação da depuração urinaria.

Prescreve-se tambem o arsenico.

Ajindo sobre o coração quando a adaptação é boa, respeite-se a hipertrofia, porem quando a compensação enfraquece, quando se produz insuficiencia mitral e tricuspide com hipertensão pulmonar a terapeutica é a do coração hipo ou assistolico, e a terapeutica habitual da arteria cardio-vascular.

Quanto a dilatação cauzal, faz-se injeções especificas, quando especificos existem.

Propozições

HISTORIA NATURAL

I

Prowazeck e Henrique Aragão em experiencias comuns encontraram no conteúdo das pustulas variolozas, corpusculos menores do que os até hoje conhecidos em microbiolojia.

II

Estes corpusculos são considerados como o jermen da variola.

III

Em honra ao sabio que dirijiu a pesquiza cientifica foi-lhes dado o nome de Clamidozoario Osvaldo Cruz.

QUIMICA MEDICA

I

Os corpos organicos eram divididos em duas series: graxa e aromatica.

II

A serie graxa encerrava corpos graxos e seus derivados; a serie aromatica, corpos aromaticos.

III

Esta classificação não poude permanecer, visto haver corpo que tenha qualidades comuns á ambas as series.

ANATOMIA DESCRITIVA

I

Em razão da prezença do figado á direita, o rim deste lado está num plano inferior ao do esquêrdo.

II

O rim esquêrdo, está em relação com o baço, porem menos diretamente do que o direito com o figado.

III

Os rins estão colocados fora da cavidade peritonéal, a sórôza escorregando apenas sobre ele.

HISTOLOJIA

I

A capsula de Bowman reprezenta a parte inicial do tubo urinifero.

II

Por um pólo a capsula dá nacimento ao tubo contornado, e pelo outro ao feixe contornado.

III

Corpusculo de Malpighi é a capsula de Bowman encerrando glomerulo de Malpighi.

FIZIOLOGIA

I

Waszermann e Bruck verificaram anticórpos para o glicojenio e peptona.

II

Estes anticórpos são especificos.

III

Constitue esta a primeira aplicação da fixação de complemento aos estudos de fiziolojia.

CLINICA PROPEDEUTICA

I

Na urina se fazem, muitas investigações, que facilitam extraordinariamente o diagnostico.

II

A diazo-reação de Erlich se aprezenta com maior frequencia nas molestias febrís.

III

A prezença de qualquer elemento dos conhecidos na urina, não tem relação alguma, com a reação diazoica.

CLINICA DERMATOLOJICA E SIFILIGRAFICA

I

Com a descoberta do treponema pallidum por Schaudinn e Hofmann, a sifiligrafia deu um passo jigantêsco.

II

Wassemann e Bruck não menos fizeram com a descoberta da reação que lhe têm o nome e que em 80 por 100 dos cazos diagnostica a existencia de sifilis.

Ha muitas simplificações a este metodo notandose como principais as seguintes: Simplificações de Porgés, de Klaussner, de Tschernogubow, de Foix, e de Noguchi e etc., sendo esta a melhor porque é mais clinica.

III

A cura da sifilis pelo mercurio está derribada pelo 606, graças ao jenio de Erlich.

ANATOMIA E FISIOLOJIA PATOLOJICAS

I

A capsula que envolve os rins torna-se aderente quando eles são patolojicos.

II

Nos rins fisiologicos a capsula é descorticavel.

III

Assim como ha figado cardiaco, ha rim cardiaco.

PATOLOJIA MÉDICA

I

A ulcera do estomago pode evolver lentamente.

II

Como primeiros sintomas podem se aprezentar os da perfuração.

III

A dôr é talvez o carater mais constante e particular desta gastropatia.

MATERIA MEDICA E ARTE DE FORMULAR

I

A arte de formular cuida das regras que devem prezidir a redação das prescrições medicas,

II

E' as formulas ditas majistrais que comumente se aplicam estes preceitos.

III

O conjunto de substancias que concorrem para formar uma preparação majistral, constitui o que se convencionou chamar uma formula.

PATOLOJIA CIRURJICA

I.

As afeções cirurjicas produzidas por parazitas anormais são mais frequentes nos climas intertropicais.

II

Os vermes são os que mais concorrem para estes estados morbidos.

III

Dos jermens as filarias são oa que maiores danos ocazionam.

OPERAÇÕES E APARELHOS

I

A marzupiliazação é o processo mais mais seguido na quisto-hepatostomia.

II

Esta quando feita numa unica seção constitue o método de Lindemann-Landau.

III

O metodo de Wolkmann é o mesmo recomendado pelo prof. Recamier, mais tarde modificado.

ANATOMIA MEDICO-CIRURJICA

I

O cristalino é revestido por uma capsula extremamente fino e delgado.

II

E' muito pouco rezistente.

III

Conservada é suscetivel de reproduzir o orgam após a sua extração.

TERAPEUTICA

I

As injeções intra-venozas de sublimado corrozivo dão rezultados sorpreendentes em algumas infeções agudas.

II

Não aje como batericida.

III

A sua ação parece processar-se provocando um aumento de anti-corpos ou funcionando como uma oxidaze.

OBSTETRICIA

I

E' muito dificil a determinação da idade de uma prenhêz.

II

As prenhêzes prolongadas não são admitidas por todos os autores nos cazos normais.

III

São observadas somente quando existem uma alteração no colo ou quando é extra-uterina.

MEDICINA LEGAL E TOXICOLOJIA

I

Alem das fornecidas pela anatomo-patolojia, exis-

tem outros meios de no cadaver distinguir precedida da agonia da repentiua.

II

Este desideratum pode ser obtido pela docimazia hepatica de Lacassagne.

III

O processo é bazeado na existencia ou não existencia de glicojeno e de glicoze no figado.

HIJIENE

I

As habitações rurais estão em dezacôrdo com os preceitos de hijiene.

II

As relações do homem com os animais domesticos devem merecer a atenção do hijienista rural.

III

Evitar-se-ão assim grande numero de molestias parazitarias.

CLINICA OFTALMOLOJICA

I

As operações de cataratas no diabetico nada têm de especial.

II

Alguns cirurjiões porem, aconselham-na somente quando a quantidade de açucar na urina fôr minima.

III

A glicozuria não deve ser combatida por meios violentos.

PRIMEIRA CADEIRA DE CLINICA CIRURJICA

I

Os tumôres cerebrais são circunscritos, encapsulados ou difuzos.

II

Diminuida a capacidade da cavidade craniana estes tumôres determinam fenomenos de compressão cerebral, repercutindo sobre os centros motores.

III

Pelas suturas orijinadas desta circunstancia é que os cirurjiões se guiam nas intervenções pelo trépano.

SEGUNDA CADEIRA DE CLINICA CIRURJICA

I

A grande maioria das fraturas consideradas como indiretas, por contra-choque da baze do cranio, são propagadas da aboboda.

II

As fraturas ganham a baze pelo caminho mais curto.

III

Pode-se estabelecer uma relação entre o local da abobada traumatizada e a séde da fratura da baze.

CLINICA PEDIATRICA

I

A incontinencia da urina é a micção involuntaria.

II

A incontinencia noturna é uma afeção peculiar a infancia.

III

E' mais comum nas creanças, cujo dezenvolvimento è incompleto e nas histericas.

PRIMEIRA CADEIRA DE CLINICA MEDICA

I

O diabete por anepatia é o rezultado de uma incapacidade crônica do figado.

II

O açucar injerido e o formado no tudo dijestivo, por esta circunstancia não são injeridos.

III

A glicozuria é carateristica, manifesta-se após as refeições e não quando o doente jejua

SEGUNDA CADEIRA DE CLINICA MEDICA

I

Na glicozuria por anhepatia, raramente se observa os grandes sintomas do diabete: polidepsia, polifajia, autofajia e etc.

II

Entretanto outros sintomas nos fazem acreditar num verdadeiro diabete, e não d'uma simples glicozuria alimentar.

III

E' possivel de ceder a terapeutica.

BATERIOLOJIA

I

Microbios diversos são eliminados pela urina com as suas toxinas.

II

O bacilo tifico tem sido encontrado na urina.

III

Com o bacilo antracis a urina dá cultura,

CLINICA PSIQUIATRICA E DE MOLESTIAS NERVOZAS

I

A demencia precoz segundo a classificação de Kraepelin, tem tres fórmas.

II

São catatonica, hebefrenica e paranoide.

III

O professor Austrejezilo acrecenta tranztoriamente a forma caótica.

CLINICA OBSTETRICA E GINECOLOGICA

I

A inserção normal da placenta é um dos acidentes mais graves que podem complicar uma prenhêz.

II

A hemorrajia está na razão inverso da altura da inserção.

III

A procidencia do cordão agrava o diagnostico com relação ao feto.

Visto.

Secretaria da Faculdade de Medicina da Bahia, 31 de Outubro de 1910.

O Secretario

Dr. Menandro dos Reis Meirelles.